

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°
89

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Baptiste, Adrien LAFFITTE

Né le 17 Février 1905, à CARCASSONNE (Aude)

Ancien Externe des Hôpitaux de Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA GROSSESSE
DANS LES UTÉRUS DOUBLES

Président : M. LEVY-SOLAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

28

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Baptiste, Adrien LAFFITTE

Né le 17 Février 1905, à CARCASSONNE (Aude)

Ancien Externe des Hôpitaux de Rouen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE DANS LES UTÉRUS DOUBLES

Président : M. LEVY-SOLAL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.



MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.	RENARD.....	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE ...	Pathologie chirurgicale
MOLLARET ...	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
MOUQUIN	Pathologie médicale.		
PETIT-			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-	
CHAILLEY-		LEMAIRE..	Parasitologie.
BERT	Physiologie.	LE LORIER ...	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.	SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale
		VAUDESCAL ...	Obstétrique.

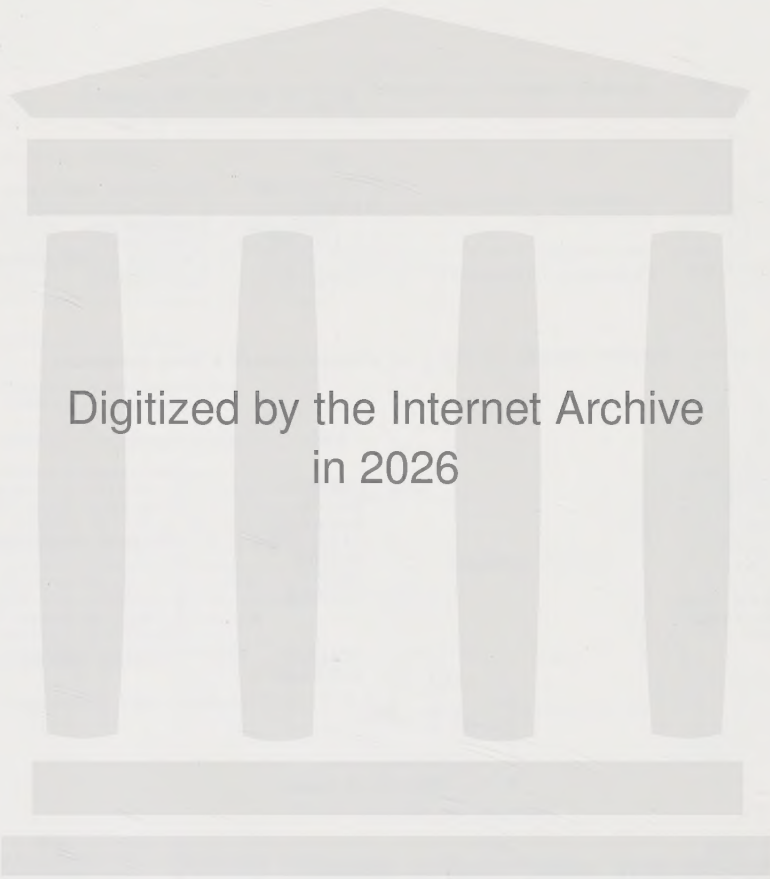
IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROcq	
BRULE		CADENAT ...	
CPABROL		GATELLIER ...	
DONZLOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	} Clinique obstétricale
PASTEUR- VAL-		ECALLE	
LERY-RADOT..		METZGER ...	
SEZARY			

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A qui je dois tant.

A MON PERE

A MON FRERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur LEVY-SOLAL

Professeur de Clinique d'Accouchements
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Avec nos sentiments de respectueuse et
profonde gratitude pour l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur LAURET

Accoucheur des Hôpitaux de Rouen
Professeur de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rouen

Il nous a inspiré ce travail. Ses nombreux conseils, son aide précieuse nous ont été d'un grand secours.

Nous l'assurons de notre plus vive gratitude et de notre sincère dévouement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

A Monsieur le Docteur R. SAMSON

*Qui fut notre premier Maître et nous
témoigna toujours tant de bienveillance.
En témoignage d'une reconnaissance qui
ne faiblit pas.*

A Monsieur le Docteur J. PETIT

Professeur de Clinique Chirurgicale
A l'Ecole de Médecine de Rouen

*A qui nous devons beaucoup quant à
notre formation chirurgicale et qui nous
prodigua ses conseils.
Respectueux hommage de gratitude.*

A Monsieur le Docteur F. DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen
Associé National de l'Académie de Médecine

*L'année passée dans son Service nous
fut des plus profitables ; qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de notre gra-
titude profonde.*

A Monsieur le Docteur MARTIN

Professeur honoraire de Clinique Obstétricale
à l'Ecole de Médecine de Rouen

*Nous lui devons la plus grosse part de
nos connaissances obstétricales.
Témoignage de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur LOISEL

Médecin Honoraire des Hôpitaux

*Il nous apprit l'art difficile de la mé-
decine infantile et nous témoigna toujours
de la sympathie.
Hommage de notre réelle gratitude.*

A NOS MAITRES INTERIMAIRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Docteur CERNE

Chirurgien des Hôpitaux

Docteur A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

*Son enseignement, la bonté qu'il vou-
lut bien nous témoigner nous furent d'un
précieux secours.*

*Hommage d'une reconnaissance très
vive.*

Docteur FLEURY

Médecin des Hôpitaux

Docteur LECAPTAIN

Médecin des Hôpitaux

Docteur POTEZ

Médecin des Hôpitaux

Docteur TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux (*in memoriam*)

Docteur BILLIARD

Médecin radiologue honoraire des Hôpitaux

Docteur DECOULARE-DELAFONTAINE

Docteur LESSERTISSEUR

Electro-Radiologistes des Hôpitaux

*Qui nous ont toujours réservé dans
leur service le meilleur accueil.*

Hommage de reconnaissance.

A Monsieur le Directeur

A Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Médecine
de Rouen

Contribution à l'étude de la grossesse dans les utérus doubles

INTRODUCTION

Ce qui nous a paru intéressant et qui a motivé ce modeste travail, ce sont les quatre observations inédites recueillies dans le Service de notre Maître le Docteur Lauret, Accoucheur des Hôpitaux de Rouen.

Nous envisagerons dans notre thèse seulement les utérus physiologiquement doubles, c'est-à-dire présentant deux corps, qu'il y ait une seule corne ou deux, et, par conséquent, les utérus 1, 2 et 3 de la classification d'Ombredanne.

Utérus didelphes vrais.

Utérus pseudo didelphes.

Utérus bicornes.

Et leur comportement obstétrical.

Cette étude pouvant être facilitée :

a) D'une part par la notion de la duplicité utérine acquise avant la grossesse. Notion clinique complétée d'ailleurs le plus souvent possible par les examens radiologiques après injection intra-utérine de lipiodol. (Dubreuil et Vignes).

b) D'autre part, par la fréquence plus grande des

interventions chirurgicales au cours des dystocies graves qui peuvent en résulter lors de l'accouchement.

Après avoir rapidement vu l'historique, l'embryologie, l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces utérus doubles, nous nous étendrons plus longuement sur l'étude de la parturition, de l'accouchement, des dystocies et de leur traitement.

HISTORIQUE

Les malformations congénitales que nous étudions sont connues depuis Hippocrate.

Elles furent l'objet de terreurs, de croyances, de préjugés. Si les observations jusqu'au milieu du siècle dernier en sont rares, cela est dû avant tout à une question de réserve féminine.

Antérieurement au milieu du XIX^e siècle les médecins procédaient rarement à des accouchements, effectués surtout par des matrones. Quant à la gynécologie elle était un art encore dans les limbes.

L'on était alors persuadé que de pareilles malformations étaient incompatibles sinon avec la vie, du moins avec une grossesse menée normalement à terme.

C'est en 1859 que Kussmaül montre que les utérus doubles peuvent supporter une grossesse et que le plus souvent l'accouchement est normal.

Pourtant quand on regarde les autres travaux, on constate que des complications fréquentes apparaissent tant pendant l'évolution de la grossesse, qu'au moment de l'accouchement et de l'expulsion de l'arrière faix.

PENDANT L'ÉVOLUTION.

a) Petites hémorragies (Béasse. Thèse Paris, 1903-1904) dues à l'insertion vicieuse du placenta.

b) Des fausses couches répétées — obs. dos Santos — et des accouchements prématurés qui ont pu prêter à confusion avec une étiologie syphilitique.

Fausse couches et accouchements prématurés susceptibles d'être remplacés ultérieurement par des grossesses à terme, l'utérus s'étant en quelque sorte progressivement distendu.

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.

a) On constate une extrême fréquence des présentations du siège par rapport à celles des sommets. 1/4 au lieu de 1/40 (C. F. Statistique Dubreuil-Chambardel sur 332 cas, 280 présentations céphaliques dont 10 faces et 52 sièges). Il n'a jamais été constaté d'épaules (nous sommes à notre connaissance les premiers à en rapporter un cas).

Cette absence de présentation de l'épaule peut être expliquée par le fait que la cavité utérine d'un hémio-utérus est étroite, bien cylindrique de dimensions égales aux deux pôles et tient bien le fœtus « dans l'axe ».

b) Parfois la présence d'un obstacle prævia, dont on ne s'explique pas toujours l'origine, dû au corps de l'hémi-utérus vide prolabé.

« Tumeur jouant le rôle de fibrome prævia » (dit Muller en 1873 dans *Arch. in Gynéco.*)

Le diagnostic est fait en ce cas quand on constate la présence d'une duplicité vaginale.

Puis Borinski, en 1876, rapporte une observation de craniotripsie conséquence d'un obstacle semblable et de même origine.

Benicke, en 1877, fait un forceps pour la même cause.

Toujours par des Allemands, Dos Santos, 1888, Tauffer, 1888, Holzapfel 1893, sont signalées des dystocies du même ordre qui ont provoqué une intervention par les voies naturelles lors de l'évacuation du fœtus.

En 1901, Bousquet, de Montpellier, signale dans sa thèse que « L'utérus vide joue par rapport à l'autre utérus le rôle d'une tumeur enclavée dans le petit bassin ».

Béasse, en 1903, Stern, en 1910, signalent cette dystocie.

Mais jusque-là tout s'est passé par les voies naturelles. C'est Potocki, dans sa magistrale observation de 1920, qui intervient le premier par voie haute pour « Un utérus didelphe dont la corne utérine droite inhabitée est rétroversée et prolabée dans le Douglas ».

Là, est le point de départ du traitement de cet obstacle praevia par voie haute.

AU MOMENT DE L'EXPULSION DE LA DÉLIVRANCE.

Hémorragies, dues à la rétention d'une caduque dans l'utérus vide, ayant parfois nécessité un curetage (obs. n° 4).

En bref, l'on voit que nos connaissances au sujet de cette malformation qui a certainement existé de

tout temps, est au point de vue de la Science obstétricale d'acquisition relativement récente.

On la connaissait peu, et surtout on en parlait moins. On en parle de plus en plus comme le prouvent les observations récentes; de même que le nombre de grossesses extra-utérines semble croître parce qu'on y pense davantage, de même fait-on plus fréquemment le diagnostic d'utérus double, et de sa dystocie principale « l'obstacle praevia » qu'on a de plus en plus tendance à traiter chirurgicalement.

EMBRYOLOGIE

L'étude embryologique de l'appareil génital de la femme que nous allons faire sera aussi succincte que possible.

Embryologiquement chez l'homme et chez la femme, l'origine des organes génitaux est la même.

Ces organes proviennent des canaux de Wolff et de Muller et (ce qui nous intéresse peu dans notre cas) des glandes génitales.

Avant tout chez la femme, des canaux de Muller (les canaux de Wolff s'atrophiant au début du troisième mois).

Normalement et pour chacun des deux côtés, le développement se fait d'une façon absolument symétrique.

Aux dépens de la gouttière cœlomique de chaque côté naissent :

a) En avant :

Le cordon de Wolff qui, se creusant, deviendra le canal de Wolff et s'accompagnera du corps de Wolff.

b) En arrière :

Le cordon de Muller qui, par un processus semblable, donnera le canal de Muller, accompagné secondairement du corps de Muller,

Ce n'est que vers la sixième semaine qu'apparaîtra l'éminence génitale, origine de la glande génitale (troisième mois).

Canal de Wolff et de Muller ainsi formés d'un même côté se croisent et s'unissent vers la sixième semaine pour former le conduit uro-génital. Le conduit génital ainsi formé s'accole avec celui du côté opposé.

On se trouve alors en présence de quatre conduits distincts qui s'entourant d'une gaine conjonctive forment le canal de Thiersch débouchant dans le cloaque.

Le ligament de Hunter en s'insérant sur le cordon de Thiersch le sépare en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure. Cependant que le cloaque se divise en deux parties.

L'une antérieure sinus uro-génital où débouchent les canaux de Wolff et de Muller.

L'autre postérieure : le rectum.

Le sexe reste indifférent jusqu'au troisième mois, c'est alors qu'une cause déterminante, qui nous est actuellement inconnue, va produire la différenciation sexuelle.

Le type femelle se dessine et s'affirme. Les canaux de Wolff s'atrophient et disparaissent, ne laissant subsister qu'une portion du corps de Wolff (parovarium de Kobelt, organe de Rosenmüller).

La glande génitale devient alors l'ovaire, cependant qu'à eux seuls les canaux de Muller vont former les trompes, l'utérus, le vagin.

Pour cela les canaux de Muller accolés (septième semaine) vont se souder (huitième semaine). Ils resteront individualisés jusqu'au troisième mois et seront fusionnés vers le quatrième.

La cloison médiane s'étant résorbée, donne naissance au canal génital, unique et médian, qui se divisera en vagin et utérus.

La portion supérieure des canaux de Muller est restée libre, elle formera les trompes.

Ce processus d'accolement et secondairement de fusion, progresse de bas en haut.

« On voit qu'il suffit qu'il s'arrête à un moment donné pour qu'il en résulte des malformations vaginales et utérines d'autant plus importantes que l'arrêt de développement a été précoce » (Rouvière).

Ces malformations qui affectent des types divers que nous retrouverons plus loin (nous tenant toujours aux utérus doubles plus haut définis), existent d'une façon normale chez certaines espèces animales.

Mais revenons à notre canal vaginal qui, après s'être allongé et aplati d'avant en arrière, a vu son épithélium pariétal s'accoler, se souder, donnant naissance au début du cinquième mois à une véritable lame épithéliale comblant le vagin.

Cette lame proliférant circulairement et en hauteur forme une espèce de disque, amorce des culs-de-sac vaginaux. Au centre de ce disque, venant du côté utérin, commence à bourgeonner ce qui sera le museau de tanche.

Au cinquième mois l'hymen est apparu.

Au sixième mois, un double anneau vient fermer l'orifice externe du col.

L'utérus et le vagin sont délimités, constitués. Aucune autre transformation morphologique ne se produira.

Nous avons vu que c'est au degré de persistance de la cloison résultant de l'accolement des deux canaux de Muller, lorsqu'ils se fusionnent pour donner le canal utéro-vaginal, que l'on doit les utérus doubles.

C'est d'après le degré de cet accolement variable qu'Ombrédanne et Martin, 1906, ont établi leur classification, que nous citerons *in extenso* :

CLASSIFICATION

Corps indépendants (Utérus doubles)	{	Cols indépendants	Type	I. Didelphe	
		Cols accolés	—	II. Pseudo-didelphe	
		Cols fusionnés	—	III. Bicorne	
Corps indépendants (Utérus cloisonnés)	{	Corps	{	Cols accolés	IV. Biloculaire total
		accolés		Cols fusionnés	V. Biloculaire corporéal
	{	Corps		Cols accolés	VI. Biloculaire cervical
		fusionnés		Cols fusionnés	VII. Normal

Examinons maintenant d'une façon plus détaillée ceux qui nous intéressent.

Dans le type I Utérus Didelphe vrai	{	2 corps indépendants avec chacun un annexe, une cavité propre.
		2 cols indépendants.
		2 vagins indépendants.

Bipartitus-diductus de Le Fort.

Dans le type II	{	2 corps indépendants avec
Utérus pseudo Didelphe		cavité propre.
		chacun un annexe, une
		2 cols accolés.
		Vagin cloisonné.

Bipartitus-bicornus de Le Fort

Dans le type III	{	2 corps indépendants.
Bicorne		Cols fusionnés.
		1 vagin unique.

Bicornis unicollis de Le Fort.

On a formulé au sujet de cette malformation des théories nombreuses.

Purement imaginatives avant la venue de l'Embryologie, plus précises depuis, mais cependant peu satisfaisantes.

Nous nous bornerons à les énumérer; ne nous arrêtant un peu plus longuement que sur la péritonite fœtale et sur la bride vésico-rectale ou vésico-recto-sigmoïdienne, rencontrée au cours de plusieurs césariennes pratiquées pour héli-utérus non gravis praevia.

A. — Nous ne citerons que pour mémoire les théories concernant :

La race (Dubreuil-Chambardel — Statistique, 1906).

L'atavisme (Pozzi).

L'hérédité (Obs. de Rouffard et Delaporte, 1910 — 2 malades atteints d'utérus doubles affirmaient que leur mère avait 2 vagins).

La spécificité.

L'alcoolisme.

B. — Nous exposerons plus longuement les théories embryologiques basées sur deux ordres de faits gênant l'accolement normal des canaux de Muller.

a) Dans le premier cas les canaux de Muller sont tenus éloignés par des causes variables, et il leur est impossible de s'unir. Cette impossibilité serait due à :

Leur éloignement (Pfammestiel et Thiersch).

La puissance et la brièveté des ligaments ronds. (Meyer).

La présence de masses musculaires situées à la partie externe des canaux de Muller.

La péritonite fœtale (Gratzer) : Au cours de cette péritonite, des adhérences et des brides prendraient naissance et seraient assez fortes pour empêcher les canaux de Muller de s'unir soit en les retenant, soit en s'interposant.

(Il est évident que cette théorie n'est acceptable que si la péritonite est très précoce).

b) Dans le deuxième cas cette impossibilité d'union serait due à des interpositions :

D'organes : vessie, rectum (Fraenkel).

Tumeurs, par exemple adénomyome.

Débris Wollfiens (Pick).

Une bride d'origine allantoïdienne. Hilo.

On peut objecter à cette théorie que cette origine n'est pas prouvée et que cette cloison vésico-rectale, ainsi formée, peut être tout aussi bien la résultante que la cause de la malformation. Il est à remarquer surtout qu'elle a été trouvée à plusieurs reprises. (Pocki-Metzger, 2 fois).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous insisterons peu sur l'anatomie pathologique des utérus doubles (didelphes vrais, pseudo-didelphes et bicornes) en dehors de la grossesse, qui a été précisée dans de nombreux travaux récents. Nous insisterons seulement sur quelques modifications anatomiques qui prennent toute leur valeur au cours de la grossesse.

I. — Les modifications anatomiques de l'hémi-utérus vide

Pendant la grossesse, on constate du côté de l'utérus non gravide, un comportement semblable à celui d'un utérus normal évoluant au cours d'une grossesse extra-utérine.

En principe cet hémi-utérus voit son ovulation s'arrêter. Il augmente de volume, son col se raccourcit, se ramollit, sa muqueuse s'hyperplasie, une caduque se forme et s'expulse soit avant soit pendant l'accouchement, soit après.

La structure de cette caduque a été surtout étudiée dans deux observations auxquelles nous emprunterons la partie du texte qui nous intéresse.

1^{re} OBS. DE CHAMPY, LÉVY-SOLAL et MÉRAT (*Société Anat.*,
Janvier 1925.)

« Description de la caduque : On y peut distinguer comme d'habitude une couche spongieuse, une couche compacte et une zone intermédiaire.

Dans la couche spongieuse, les glandes sont anfractueuses et dilatées beaucoup plus que dans une caduque de 3 mois. L'épithélium devenu pavimenteux ou aplati présente une fine cuticule superficielle. La sécrétion muqueuse (abondante dans la caduque de 3 mois) est très réduite ou nulle.

La couche compacte présente des glandes étroites dont l'épithélium est devenu pavimenteux, presque endothéliforme. Entre elles, des masses abondantes de cellules déciduales très grandes, séparées par un lavis de fibrilles conjonctives où l'on trouve de nombreux leucocytes. Cette couche diffère très peu de la couche correspondante d'une caduque de 3 mois. Les cellules déciduales sont à peine un peu plus vacuolaires. Elles présentent une centrosphère bien visible.

La couche moyenne présente aussi des glandes à épithélium aplati. Les cellules déciduales, plus nettement orientées ici en groupes cycliques péri-vasculaires, aplaties. Leur noyau est souvent flétri et chiffonné. On y observe des images d'inclusion d'une cellule dans l'autre qui semblent d'origine phagocytaire.

Les différences entre la caduque de 3 mois et la caduque à terme qui peuvent indiquer les phénomènes qui se passent à la fin de la grossesse dans la caduque et qui sont indépendants de la présence de l'œuf, peuvent être caractérisées ainsi :

1° Vacuolisation des cellules déciduales et régression de ces cellules, surtout dans la zone moyenne, avec sans doute résorption de produits élaborés par elles;

2° Végétation des glandes de la couche spongieuse dans lesquelles la sécrétion muqueuse disparaît.

L'observation vient à l'appui de celles maintes fois répétées sur les grossesses extra-utérines, qui montrent que l'influence de l'œuf sur l'évolution de la caduque est d'ordre humoral et non pas irritatif ou mécanique. »

2° OBS., DUBREUIL et H. VIGNES. (*Bull. Soc. Chirurgiens Paris*, novembre 1933.)

Où l'utérus non gravide, après métrorragies, expulse.

« Les 1^{er} et 2 décembre, évacuation des membranes qui proviennent de l'utérus gauche très ramolli et dont le col est entr'ouvert.

Les débris ont été examinés : débris nécrosés de caduque utérine maternelle avec cellules déciduales, pas de formation fœtale.

II. — Les Modifications anatomiques de l'hémi-utérus gravide

L'on constate :

a) Pour le corps utérin, *la minceur de la paroi* qui ne fait que s'exagérer au cours de l'évolution de la grossesse entraînant une fragilité de cet utérus (notion importante pour la thérapeutique).

Des anomalies de constitution de cette paroi (minceur, fragilité des fibres musculaires, anomalies dans la disposition des couches musculaires de l'utérus (Bar), *leur mauvaise élasticité, le défaut de formation du segment inférieur*, qui peut en résulter constitue autant de notions anatomiques qu'il faudra avoir présentes à l'esprit lorsqu'il s'agira de poser des indications thérapeutiques.

b) *Les anomalies du col*, parfois atrésique, se dilatant mal : observations de Péry et Favreau, de Mihailesco, observation n° 2.

c) *Les malformations du vagin* : La cloison. La bride.

Facteurs dystociques, mais dystocies mineures en résultant.

d) *Les anomalies anatomiques* : artérielles : une artère utérine pour chaque hémi-utérus.

On a signalé également des anomalies dans la disposition des plexus veineux péri-utérins et notamment la possibilité d'un volumineux plexus veineux sur la face antérieure du segment inférieur.

e) *Les anomalies péritonéales* : l'existence d'une bride sigmoïdo ou recto-vésicale (déjà vue), ou d'une bride inter-utérine.

Les ligaments larges sont le plus souvent mal constitués du fait de la divergence des deux héli-utérus.

De la nouvelle disposition anatomique du petit bassin découle une disposition nouvelle *des culs-de-sac péritonéaux*.

L'on a alors un cul-de-sac vésico-rectal,
un cul-de-sac inter-utérin,
deux culs-de-sac recto-utérins.
deux culs-de-sac vésico-utérins,

De cet ensemble d'anomalies il faut surtout retenir au point de vue pratique, la fragilité de l'utérus, le défaut de formation du segment inférieur, la disposition anormale du péritoine. Toutes conditions qui pourront compliquer les interventions chirurgicales.

C'est pour cette dernière raison et pour être complets que nous citerons la co-existence possible de malformations concomitantes pelviennes (bassin rétréci et surtout malformation du rein qui peut être ectopié et anomalie de situation et de nombre des uretères).

ETUDE DE LA PARTURITION DANS LES UTERUS DOUBLES

Signalons avant tout, qu'assez souvent dans cette variété d'utérus, la grossesse s'avère impossible et cela dans une proportion assez grande.

Les diverses statistiques auxquelles nous nous sommes reportés s'accordent pour donner comme chiffre : 1/3 des cas environ, en ce qui concerne la stérilité. (Pfannenstiel-Gibs-Cheron).

Cette infécondation peut être parfois attribuée à une atrésie du vagin ou du col (atrésies auxquelles on peut remédier). Mais la cause attributive princeps, est due à un arrêt de développement de l'ensemble utéro-ovarien. L'utérus et ses annexes mal développés se sont stabilisés au stade infantile; la stérilité découle alors de ce défaut de maturation.

Ceci dit, nous allons voir que trois faits dominent l'évolution de la grossesse dans les utérus doubles :

- 1° La fréquence et la répétition des avortements;
- 2° Le nombre considérable d'accouchements prématurés;
- 3° La proportion élevée de grossesses gémellaires.

I. — La fréquence et la répétition des avortements

Quand on prend les observations et les statistiques concernant les grossesses dans les utérus doubles, on est frappé d'emblée par la *succession des fausses couches* qui sont de plus en plus tardives (5 fausses couches successives avant un accouchement à terme, dans l'observation de Trillat, Michon et Ollagnier). Leur *caractère spontané* et l'absence de tout signe clinique ou sérologique permettant d'incriminer la spécificité, suffisent à montrer le rôle mécanique d'un utérus trop petit pour contenir l'œuf. Chaque grossesse ainsi interrompue contribuant à la maturation et au développement de cet organe.

II. — Le nombre considérable d'accouchements prématurés

L'extrême fréquence des accouchements prématurés est également explicable par le même mécanisme.

Cet héli-utérus ne pouvant subir une croissance suffisante pour héberger le fœtus jusqu'au terme. C'est ainsi que dans la statistique Dubreuil-Chambar-del on note 164 accouchements prématurés pour 503 grossesses, chiffre très supérieur à la moyenne ($\frac{1}{3}$ dans les cas d'utérus doubles, $\frac{1}{5}$ proportion normale).

Par ailleurs il faut insister sur le fait que le produit de conception est normal, ce qui permet d'établir une discrimination avec les autres causes fréquentes de prématurité (spécificité, albumine).

III. — La proportion élevée de grossesses gémellaires

Il semble que la duplicité utérine constitue pour elles une circonstance éminemment favorable. (Guérin, Valmale, Bousquet, 4 cas cités pour 108 obs.).

Elles sont intéressantes en ce fait qu'elles résultent forcément d'une double ovulation et qu'ainsi on a toujours affaire à une grossesse bi-amniotique, un fœtus se développant dans chacun des héli-utérus.

Elles présentent en outre les particularités :

a) *d'être parfois récidivantes*. Nous signalerons à cet égard notre observation n° 3 dans laquelle la malade a présenté trois grossesses gémellaires consécutives.

b) *d'être une cause d'accouchement relativement facile et favorable*, car les enfants sont petits et, d'autre part, il n'y a pas de possibilité d'obstacle praevia, les deux héli-utérus gravidés ayant cru en hauteur d'une façon pratiquement parallèle. (Fait particulier dont nous tirerons aucune conséquence, la seule fois que notre malade eut une grossesse unique, il y eut dystocie).

c) *d'être une cause de prématurité et d'avortement encore plus fréquents*, l'on peut voir alors :

Soit l'avortement des deux utérus (obs. n° 4) ;

Soit l'avortement d'un seul, sans que l'autre grossesse soit interrompue.

Plus tard, cet héli-utérus qui a avorté pourra fortifié en quelque sorte par cet incident, conduire une grossesse jusqu'à la fin. Parfois, il n'arrivera jamais à remplir sa tâche et l'on assistera de sa part à une série d'avortements ou d'accouchements prématurés.

LE DIAGNOSTIC POSITIF DE LA GROSSESSE DANS LES UTERUS DOUBLES

L'interrogatoire

LES RÈGLES : *A quelle date se sont-elles arrêtées ?*

Comme dans les grossesses évoluant dans un utérus normalement développé, il y a arrêt total des menstrues, dès que l'œuf est constitué : les deux utérus fonctionnant d'une façon synergique.

Mais il peut en être autrement, l'hémi-utérus non grévide continuant à fonctionner suivant son rythme propre. C'est alors que l'on voit durant les deux ou trois premiers mois, rarement plus, la femme continuer à être réglée (Tarnier, Souligoux, Henderson). Souvent cependant il y a des modifications; ce sont en quelques sortes de nouvelles règles qui ont succédé aux anciennes : elles sont moins longues, l'écoulement sanguin est moins abondant, il est parfois noirâtre, ressemblant au sang qui s'écoule lors des hémorragies distillantes de la grossesse extra-utérine.

Le rythme cataménial peut être changé d'une façon caractéristique (c'est le cas rapporté par Ferenczi, la femme qui était réglée tous les 14 jours ne l'était plus que tous les 28).

Cette persistance des règles a une valeur qu'il faut connaître, elle doit déjà éveiller l'attention. Il ne faut pas négliger l'opinion de Henderson qui a dit qu'elle était « un bon signe de duplicité utérine ».

L'autre caractère marquant est l'apparition retardée de la puberté. Le plus souvent, on constatera que les règles sont apparues pour la première fois après 14 ans. En retard donc de deux ans sur la notion classique d'après laquelle la femme blanche est formée vers l'âge de douze ans.

Cette notion de formation après 14 ans chez les femmes ayant une duplicité utérine nous la trouvons :

Chez Constant Duval, 64 fois sur 72.

Chez Grosse (Thèse de Montfort) : 50 sur 59. (113 cas non déterminés).

Chez Cerf : 8 fois sur 12 (dans les observations où la date des règles est notée).

Deux fois sur trois de nos observations où cette date est notée.

On est là en opposition avec l'opinion soutenue par Laurent (Thèse Montpellier, 1912) pour qui il n'y avait pas de différence sur ce point entre les utérus simples et les utérus doubles.

Un autre point à noter que l'on retrouve chez nombreuses de ces malades, c'est la *douleur de la menstruation*. Et ce fait a été signalé par plusieurs (Laurent, Cerf) « véritables crises cataméniales dues à la déviation de l'un des corps utérins, elles peuvent être le prélude des douleurs permanentes de l'hématrométrie constituée » (Cerf).

Enfin, dernier point : *l'irrégularité*. On la constatera assez souvent, on pourra voir alors les règles :

soit constamment prolongées, plus de 5 jours (les deux utérus étant réglés l'un après l'autre);

soit bi-mensuelles (Ferenczi);

soit totalement irrégulières : 3 semaines, durent 8 jours, un mois sur deux; longues périodes d'aménorrhée. (Retards de 15 jours, obs. n° 1).

Les antécédents obstétricaux

Si cette femme a déjà été enceinte, nous verrons quelquefois une nouvelle notion s'ajouter aux autres au cours de cet interrogatoire. C'est celle des avortements répétés ou des accouchements prématurés spontanés (obs. n° 4) survenant sans cause apparente. (D'ailleurs nous avons montré déjà le mécanisme de ces accidents et la différence entre les enfants syphilitiques, souvent morts et macérés, et les enfants d'apparence normale expulsés par ces utérus peu extensibles que sont les utérus doubles).

Nous pourrions accessoirement, continuant notre questionnaire, recueillir d'autres détails. Cependant, en vertu de leur rareté ou de leur imprécision, ils ne présentent dans l'ensemble que peu d'intérêt.

Le coït, en général normal, se faisant en cas de duplicité vaginale par le conduit le plus large. Il peut être très douloureux, surtout pour la femme « primant le plaisir » (Böhmer) et accessoirement pour le mari (obs. de Pierra).

Les connaissances d'un hémato-colpos ou d'une hématométrie antérieurs a de la valeur. Mais outre qu'elle est rare, elle nous sera rarement expliquée d'une façon convenable par notre malade. Cependant on en a rapporté quelques cas.

Pertes blanches, hémorragies, n'orienteront pas à elles seules l'accoucheur vers le diagnostic qui nous intéresse.

Quant aux *antécédents héréditaires*, nous nous contenterons de rappeler à titre de curiosité les deux cas de Rouffard et Delaporte où deux malades ayant une duplicité utérine affirmaient que leur mère avait deux vagins. Les auteurs ajoutent d'ailleurs :

« Il est bien rare qu'une fille soit ainsi au courant des misères génitales de sa mère ».

Il est une curiosité que l'on peut rechercher. C'est l'existence d'autres malformations congénitales chez la malade (elle a été citée par Blanchard : malformation des deux mains), elle est ce que nous avons dit : « une curiosité ».

Beaucoup plus d'importance aura pour nous la notion d'expulsion de caduque de l'hémi-utérus non gravide qui peut se voir pendant la grossesse (Bouffe de St Blaise et Couvelaire, cinquième mois; Luthereau et Petit; obs. n° 3, précédant l'accouchement; Champy et Lévy-Solal (au moment de l'accouchement).

Si on a la chance de le constater, ce fait peut à lui seul permettre le diagnostic.

L'examen physique

Nous n'attacherons aucune importance à la théorie de Pfannenstiël et Kusmaul et nous ne nous attendrons pas à trouver les porteuses d'utérus doubles en possession d'un squelette anormalement élargi dans tous ses diamètres frontaux ainsi que le voulaient ces auteurs ou simplement d'un bassin plus large que la moyenne (Litzmann).

Ce qui nous frappera certainement beaucoup plus, c'est si la grossesse a dépassé 4 mois $1/2$, de constater :

A L'INSPECTION.

Une déformation abdominale particulière, conséquence du développement de l'utérus gravide. Alors que normalement ce développement se fait dans tous les diamètres formant un globe à grand axe médian. Ici, le caractère particulier est l'accroissement en hauteur et la position latérale. C'est un cylindre, un fuseau incliné. Le grand axe est dévié, tantôt à droite, tantôt à gauche, suivant l'hémi-utérus en cause. Cet axe de déviation part du col et se dirige vers les fausses côtes où se loge le fond utérin.

Sur les 27 observations recueillies par Cerf dans sa thèse, il est parlé neuf fois de la position de l'utérus, pour deux fois où il est médian : « position normale » (Benicke) : « l'utérus droit est comme un utérus normal à terme » (Mills et Strauss). Il est 7 fois dévié, soit à gauche, soit à droite (Lequeux, Potocki, Fournier, Grosse, Devraigne, Trillat, Michon et Ollagnier, Fruhinsholz (1)).

(1) Chaque fois dévié dans nos observations.

Le mécanisme de cette latéro-déviatiou a été expliqué d'une façon qui semble vraie par Pfannenstiel, pour qui l'hémi-utérus gravide ne comportant comme son congénère d'ailleurs, qu'un seul ligament rond, se voit forcé de tourner autour de son grand axe, cependant qu'il est attiré en bas et en avant par la traction de ce ligament.

A LA PALPATION.

Celle-ci va confirmer les données de l'inspection. On sent l'utérus gravide le plus souvent latéro-dévié, suivant une direction, allant de bas en haut et de dedans en dehors.

Cette masse plus haute que large affecte une forme cylindrique étroite, fusiforme, parfois en sablier (Grosse).

A remarquer que l'utérus est en général plus petit que normalement et qu'il gante le fœtus d'une manière beaucoup plus étroite.

Il ne faut pas s'attendre au cours de cet examen à sentir la masse latérale formée par l'autre corps utérin. Soit qu'il se trouve déjà prolabé et praevia, soit qu'il se trouve devenu postérieur dans le mouvement de rotation qui a été imprimé à l'hémi-utérus gravide par son ligament rond.

A ce sujet certains auteurs ont signalé la possibilité au cours de cet examen de sentir le ligament rond « comme une corde », mais ce signe est dans tous les cas difficile à percevoir, inconstant, et n'est pas cité dans la très grande majorité des observations.

Avant tout, ce qui nous permettra de préciser le diagnostic, si nous avons eu l'esprit orienté du côté de l'existence d'une duplicité utérine, ou qui pourra nous orienter vers ce diagnostic, c'est le :

TOUCHER VAGINAL : Combiné au palper abdominal.

Nous serons frappés dès l'abord, si elle existe, par la constatation d'une ébauche ou d'une duplicité vaginale vraie.

A ce sujet, nous ne saurions trop insister sur la façon de procéder à cet examen qui est ici capital.

La meilleure manière de faire serait de pratiquer le toucher bimanuel (mais tout le monde n'est pas ambidextre et rompu à cet examen). On devra cependant toujours pratiquer le toucher à deux doigts.

Après avoir bien écarté de la main libre les grandes lèvres ce qui parfois nous permettra de constater à l'inspection, la duplicité vaginale, on introduira les deux doigts d'abord dans le sens sagittal, puis dans un sens transversal. L'on pourra ainsi quelquefois accrocher la cloison intervaginale, la bride, ou ce qu'il en reste. (Il est remarquable que malgré le meilleur examen, on puisse passer à côté de cette malformation. En effet la cloison ne descend pas toujours jusqu'à l'orifice vulvaire, son bord inférieur étant arciforme et pouvant remonter haut dans la cavité vaginale).

La duplicité vaginale étant reconnue ou non, le renseignement essentiel fourni par le toucher est la constatation de deux cols.

Cette constatation impose le diagnostic et sollicite

la recherche du corps utérin de l'hémi-utérus non gravide.

Les cas les plus difficiles sont ceux dans lesquels manque cette constatation, soit que l'on ait affaire à une malformation telle que l'utérus bicorné, dans laquelle n'existe qu'un seul col, soit que lors de l'examen, le ramollissement et la mobilité du col de l'hémi-utérus non gravide ne rendent sa perception difficile.

Mais ce qui ne manquera guère à l'examen, c'est au moins la constatation d'une tumeur juxta-utérine dont la nature est :

Evidente lorsque l'on a déjà constaté une duplicité cervicale,

Très probable, lorsque existe une malformation vaginale dont l'interprétation peut être des plus délicates; lorsque manquent ou que n'ont pas été observés ces deux signes majeurs :

Duplicité cervicale;

Duplicité vaginale.

Les caractères de cette masse n'étant pas à eux seuls assez précis pour imposer le diagnostic.

La forme : c'est le facteur le plus invariable, en général, arrondie, lisse, régulière.

Le volume : variable, allant d'une noix à une tête fœtale, le plus souvent égal à celui d'un poing.

La consistance : va d'une consistance cartilagineuse à la fluctuation.

Le siège : ses rapports avec l'utérus gravide.

Tantôt au-dessus de cet utérus, tantôt au-dessous, de l'ébauche du praevia au praevia total.

Tantôt en avant.

Tantôt et le plus souvent en arrière.

Tantôt latéralement.

Il est facile de penser combien lorsque la duplicité vaginale ou cervicale a été méconnue le diagnostic peut être difficile avec un fibrome utérin ou un kyste de l'ovaire. D'ailleurs, dans nombre d'observations le diagnostic n'en avait pas été posé et l'intervention fut pratiquée pour une dystocie attribuée soit à un fibrome soit à un kyste de l'ovaire et cela d'autant plus que cette masse praevia présente une variabilité, un polymorphisme remarquable dans ses caractères (forme, volume, consistance, siège).

C'est la forme qui est la plus constante (la tumeur est en général lisse, régulière, arrondie, nous l'avons dit). Elle ne change que quand l'utérus est fibromateux. (« Masse ferme inégale, bosselée » — Grosse, in thèse Montfort).

Il n'en est pas de même du volume de la consistance du siège; et nous allons résumer ces changements dans le petit chapitre suivant.

LES VARIATIONS DE LA TUMEUR FORMÉE
PAR L'HÉMI-UTÉRUS NON GRAVIDE

a) *Variations suivant les malades.*

Sur X... parturiantes différentes, nous trouverons rarement deux tumeurs semblables lors de l'examen.

Le volume variera d'une noix (Le Lorier, Lepage, in *La Médecine*, 1935), à une tête fœtale (Grosse), la moyenne est un poing (Potocki, Balard, Hozapfel).

La consistance va : de mollasse (Dos Santos) à la fluctuation (Stevens) en passant par la consistance cartilagineuse (Balard).

b) *Variations suivant l'âge de la grossesse pour une même malade :*

Elles sont dues à l'accroissement et à l'imbibition gravidiques et se font dans le temps.

1^{er} ex. tiré de l'obs. de Balard :

« Le 8 décembre 1921, on sent une induration immobile comme cartilagineuse grosse comme le poing ».

Le 12 juillet « La tumeur paraît avoir grossi et s'être assouplie ».

Le 27 mars, « tumeur élastique ».

Le deuxième exemple est tiré de l'observation de Le Lorier, Lepage, in *La Médecine* 19 :

« A trois mois, grosse comme une noix, régulière et dure appendue à la corne droite.

A 4 mois, grosse mandarine, dure, enclavée ».

« Au fur et à mesure que la gestation avance, la masse fibromateuse grossit, reste irréductible et devient tout à fait praevia. Ce dernier exemple nous montre les variations de siège de l'hémi-utérus non gravide.

En effet, à mesure que la grossesse évolue vers sa terminaison, on verra tantôt cet hémi-utérus situé au-dessus du détroit supérieur se prolaber et devenir praevia ; d'autres fois, alors qu'il était praevia, il se réduira spontanément au cours du travail.

c) *Variations au cours de grossesses successives chez une même malade.*

L'observation la plus typique est celle de Metzger in *thèse* Fournier Paris 1929.

En 1926, la malade enceinte, présente dans le cul-de-sac postérieur, une *tumeur dure* bloquée.

En 1928, elle est à nouveau enceinte, on ne constate cette fois qu'une *tumeur mollassse* mais *praevia*.

Ces détails nécessaires signalés nous allons insister sur un dernier signe qui, lorsqu'on le rencontre est pathognomonique, c'est la constatation au cours d'un examen de : *contractions propres à cette masse*.

On n'a, hélas ! que rarement cette perception — nous ne l'avons trouvée que dans deux observations.

1° Anderodias et Denis : « On sent au toucher une tumeur dans le cul-de-sac gauche, se contractant avec l'utérus ».

2° Dans l'observation de Paucot et Gellé — où on avait pris l'hémi-utérus gravide pour une grossesse extra-utérine à terme et l'hémi-utérus vide pour l'utérus normal. Les auteurs firent une injection de post-hypophyse et constatèrent un durcissement de la petite masse latérale.

LE PRONOSTIC OBSTETRICAL

Nous avons vu l'évolution théorique de la grossesse dans les utérus doubles et les éléments de diagnostic. Celui-ci étant posé, il nous reste à examiner comment cet accouchement va se passer. En bref, envisager les dystocies possibles. La principale, la plus redoutable, est la :

Dystocie par l'hémi-utérus non gravide *praevia*

Remarquons avant tout qu'elle n'est pas fatale, un nombre important d'accouchements se faisant spontanément.

Elle peut même apparaître chez une multipare dont les accouchements antérieurs avaient été sans histoires.

Ceci est en contradiction avec l'opinion de Favreau qui avait voulu faire intervenir la parité dans l'accroissement de la tumeur.

En contradiction aussi avec la théorie de Palmer et Findley, pour qui la situation *praevia* est due au relâchement des ligaments suspenseurs utérins, conséquence de la multiparité.

Mais en complet accord avec l'opinion de Cerf qui dit :

« La parité ne peut donc être un facteur de précision pour la dystocie ».

La situation praevia de l'hémi-utérus non gravide peut être réalisée :

1° Seulement lors du travail — cet hémi-utérus étant refoulé par la présentation.

2° D'autres fois, nous verrons, au contraire, cet hémi-utérus praevia pendant la grossesse s'élever lors du travail et se réduira spontanément :

a) soit d'une façon précoce (Fruhinsholz, Louyot, Leclerc) :

« Toute la partie droite de l'excavation depuis le sinus sacro-iliaque jusqu'à l'arc antérieur, est remplie par une masse dure de forme allongée... se maintiendra jusqu'au début du travail... Dès les premières contractions, la masse pelvienne dystocique disparaît... »

b) soit d'une façon tardive (Pierra) :

« L'utérus non gravide praevia gêne un certain temps l'engagement, mais remonte spontanément ».

c) encore plus tardive (obs. Vignes, 1935, in *thèse* Hamelin 1935) :

« Le 14 juin le diagnostic de hémi-utérus vide praevia est confirmé par le Professeur Couvelaire. On décide d'attendre.

« Le 23 juin 1932, à 22 heures, début du travail.

« Le 24 à 6 heures, on décide de tenter le refoulement de l'obstacle, on transporte la malade à la salle d'opérations, et là, on constate la réduction spontanée de la tumeur.

3° Bien que praevia et le restant, cet hémi-utérus peut permettre à des fœtus de petite taille de passer, le cas typique est réalisé lors d'accouchements prématurés — Il est évident qu'un enfant prématuré passera plus facilement qu'un enfant à terme qui, en principe est plus gros — Or, la prématurité est ici, relativement fréquente, comme nous l'avons déjà dit (et c'est peut-être là qu'il y a lieu de rechercher l'explication au fait qu'à un accouchement dystocique peut succéder un accouchement normal et inversement).

En résumé, on voit que cette dystocie majeure est à « caractère facultatif ». On ne pourra jamais affirmer à l'avance : qu'elle ne se présentera peut-être pas; que si elle existe, elle pourra se réduire spontanément, parfois à la dernière minute, parfois après manœuvre; qu'irréductible : elle pourra laisser un passage suffisant (faible volume de l'enfant — prématurité) cependant, dans ce cas, il faudra se méfier, car si on a affaire à une présentation du siège, le corps étant passé, on pourra avoir la tête retenue dernière par la tumeur; et qu'en somme, l'existence d'un utérus double pose le problème d'une dystocie possible, jusqu'à la fin de la grossesse voire même pendant le travail; problème qui se calque en quelque sorte sur les dystocies dans les bassins limites et qui comme pour eux,

nécessite une véritable épreuve du travail écourtée et prudente.

Dans la seule mesure où cette attente ne risquerait en quoi que ce soit de compromettre ou de laisser passer le moment favorable d'une intervention libératrice.

De toutes façons, prévoir le pire et se mettre dans des conditions telles qu'une césarienne puisse être pratiquée dans de bonnes conditions.

Dystocie par défaillance de l'hémi-utérus gravide

Les caractères anatomiques de cet hémi-utérus gravide (minceur, friabilité, faiblesse et anomalie des fibres musculaires qui le constituent) expliqueront le caractère souvent défectueux du travail.

Les contractions seront, en effet, souvent « faibles, rares ou insuffisantes, trop espacées, au moment ou pendant le travail, causant le plus souvent l'inertie primitive de l'utérus » (Bouscarle, Bumm).

De même, Lepage, à propos de ces contractions, les qualifie de : « faibles, mauvaises, irrégulières ».

Favreau et Klein dans leurs observations disent : « L'utérus est nettement hypotonique ».

En opposition à ceci, nous nous devons de citer l'observation de Mihailescu. « Les douleurs sont vives, régulières, fréquentes », de même notre obs. n° 1.

Le col : De même que ceux du corps « Les tissus du col sont souvent faibles et de mauvaise qualité. C'est là un caractère dominant de la musculature utérine en cas de malformation : Danger plus grand

d'inertie car ce sont des utérus mal étoffés » (Bar).

D'où mauvaise dilatation de ces cols parfois atrésiques. Rupture prématurée de la poche des eaux, ce qui n'arrange rien.

Sur les 37 observations recueillies par Cerf, il est parlé 11 fois de la dilatation, 7 fois elle ne progresse pas ou mal, 4 fois elle est rapide.

« Un fait à signaler à propos des contractions, c'est la douleur siégeant dans l'hémi-utérus vide. Signe de valeur à mettre en parallèle avec la constatation que l'on peut faire au toucher de ces contractions.

De plus, cet utérus dont le travail déjà défectueux, insuffisant, presque toujours long, peut encore, du fait de son obliquité, augmenter la dystocie d'engagement; la présentation appuyant mal sur l'orifice du détroit supérieur. L'axe utérin ne correspondant pas à l'axe du détroit supérieur, la présentation restera élevée et mobile, avec une tendance à fuir dans une fosse iliaque.

Dystocie de présentation

En règle générale, il n'y a pas à proprement parler de dystocie de présentation dans les utérus doubles. En effet, il est de règle d'observer toujours des présentations longitudinales (sommet, siège) et nous apportons notre connaissance le seul cas de présentation de l'épaule dans un utérus didelphe.

Cependant, on peut avoir des faces, des fronts, et alors l'insuffisance des contractions joue au maximum.

Mais ce qui est frappant, c'est la proportion anormale de sièges que l'on peut rencontrer :

Dubreuil-Chambardel : $1/4$ de sièges au lieu de $1/40$.

Ecalte : toujours (peut-être un peu exagéré).

Cerf : sur 26 obs. où la présentation est notée, 16 sièges pour 10 sommets.

Personnellement, nous n'avons vu qu'une seule présentation du siège (obs. n° 3).

L'ennui de cette présentation est, au moment où passe la tête dernière, de voir celle-ci accrochée par la tumeur juxta-utérine qui peut descendre en même temps que le fœtus.

Dystocie vaginale

Nous n'insisterons pas sur les dystocies dues aux parties molles; qu'elles soient le fait d'une cloison, d'une bride ou d'une atrésie vaginale.

Dans certains cas, la cloison et surtout la bride peuvent constituer un obstacle *praevia*, résistant, mais toujours facile à lever par une simple section.

L'atrésie vaginale peut causer des dystocies plus sérieuses, aggravées, même par la faiblesse des contractions utérines, surtout quand on a affaire à des présentations telles qu'un siège, une face, un front.

Et ici encore, le traitement en est relativement simple et facile par une simple épisiotomie.

Un mot simplement des cas « impurs » par association avec une dystocie majeure :

Rétrécissement du bassin (rares pour Pfannenstiel).

Placenta praevia.

Et dans ces cas, une seule solution : intervention chirurgicale.

La délivrance

Parfois normale comme l'accouchement.

Mais souvent, surtout en cas d'accouchement dystocique, on va assister à des anomalies de la délivrance.

L'utérus, paresseux ou inerte, à la suite du travail (en quelque sorte, au-dessus de ses forces) ne va plus se contracter. Le placenta va être expulsé tardivement. Et on sera souvent obligé de pratiquer une délivrance artificielle, d'autant que cette atonie utérine n'est pas sans s'accompagner d'hémorragies.

Nous signalerons l'enchatonnement placentaire, obs. n° IV, parfois le type réniforme, conséquence d'une insertion sur les deux cloisons, en cas d'utérus du type III.

Quant à la « *caduque* », de l'hémi-utérus non gravide :

a) *son expulsion* pourra s'accompagner d'hémorragies, de même que :

b) *sa rétention* qui, outre cet ennui, peut être cause d'infection au cours des suites de couches.

TRAITEMENT

LES DIRECTIVES THÉRAPEUTIQUES DOIVENT ÊTRE DOMINÉES PAR LA NOTION DE LA FRÉQUENCE RELATIVE DES ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS DANS LES UTÉRUS DOUBLES.

En effet, dans la statistique de Dubreuil-Chambardel réunissant 596 cas d'utérus doubles et de grossesse, il y eut seulement 6 cas de dystocies. L'hémi-utérus non gravide ayant nécessité une intervention.

Le caractère facultatif de cette dystocie ressort encore mieux du fait que dans un nombre important de cas, la dystocie n'apparaît pas au cours de la première grossesse (7 fois sur 27 cas chez des multipares dans la statistique de Cerf). Pour la première fois à la 7^e grossesse dans le cas de Favreau. (*Bull. Soc. Obs. et Gyn.*, 1931).

« Aussi peut-on considérer la laparotomie prophylactique comme irrationnelle et contraire à toute logique (Leclerc). »

Nous ne ferons donc que citer les *interventions* faites au début de la grossesse, *hémi-hystérectomie* ou *fixation de l'utérus non gravide* (Caplain) qui com-

portent outre les risques inhérents à toute laparotomie des risques très sérieux d'avortement.

La césarienne systématique avant tout début de travail doit être rejetée : « Il ne doit venir à l'esprit de personne de proposer une opération à une femme dont l'accouchement peut être normal » (Péry), et d'ailleurs, presque toutes les interventions pratiquées dans de telles conditions ont été faites sur une erreur de diagnostic; l'hémi-utérus non gravide ayant été pris pour un fibrome ou un kyste de l'ovaire praevia; ou à une époque déjà ancienne où l'on n'osait risquer une césarienne, après la rupture de la poche des eaux. (Stevens, Mihailescu, Grosse).

Il faut essayer de réduire l'hémi-utérus non gravide lorsqu'il est en situation praevia (Potocki, Béasse).

Pour que cette manœuvre puisse être tentée, il faut que soient réalisées trois conditions :

- 1° Mobilisation possible de la présentation;
- 2° Sièges au détroit supérieur de cet hémi-utérus;
- 3° Petit volume de l'utérus non gravide.

La réduction manuelle a pu être tentée soit en position de Trendelenburg (Caplain) ou en position genu-pectorale (Bué). Certains préconisent même l'anesthésie générale « qui permet d'opérer de façon continue et non pas seulement dans l'intervalle des contractions » (Hamelin).

De toutes façons on doit pratiquer cette manœuvre avec douceur et avoir toujours présente à l'esprit cette phrase de Potocki : « Nous n'avons pas cru devoir re-

pousser la tumeur avec une force trop grande de peur de nous exposer à produire dans la profondeur des désordres dont nous ne pouvions mesurer l'étendue ».

Nous citerons la manœuvre de réduction réalisée par le Docteur Lauret (qui l'avait vu pratiquer par son maître le Professeur Lévy-Solal dans un cas de rétroversion d'utérus gravide) à l'aide d'un ballon de Champetier de Ribes, d'assez forte contenance placé dans le vagin (obs. n° I).

Cette méthode peut être incertaine, ayant l'avantage d'une absolue innocuité.

Si la tumeur peut être refoulée, on doit laisser l'accouchement se faire spontanément, qu'il s'agisse d'une présentation du siège ou même d'un sommet pour lequel on peut faire un forceps une fois la dilatation complète et la tête engagée (Schwaab).

La version proposée en cas de sommet par Vanverts et Paucot, semblant pouvoir exposer à la récurrence. Elle serait en outre toujours difficile du fait de l'exiguïté de l'utérus et souvent dangereuse du fait de sa fragilité.

Si la tumeur ne peut être refoulée, certains préconisent l'intervention chirurgicale d'emblée (Courtois, Beasse, Caplain, Leclerc, Lejeune et Lepage).

D'autres au contraire, préconisent une épreuve du travail « la réduction de l'hémi-utérus pouvant se faire spontanément, même après échec de réduction manuelle et parfois longtemps après le début du travail » (Cerf).

Mais il faut aussi se souvenir que cette épreuve du

travail est souvent faite dans des conditions peu favorables, à cause :

- de la fréquence de la rupture prématurée des membranes;
- des anomalies de la contraction utérine;
- des difficultés de la dilatation que peuvent expliquer également la fréquence des malformations du col et celles du corps utérin, d'où la nécessité de ne la pousser qu'avec la plus extrême prudence.

Les interventions chirurgicales

La fréquence des cas particuliers, en présence d'une malformation, peut expliquer pour une large part la diversité des méthodes préconisées.

a) *La laparotomie pour désenclaver la tumeur et terminaison par les voies naturelles*, employée par Favreau, peut-être très difficile sinon impossible et c'est cette impossibilité de désenclaver l'utérus vide praevia qui fit pratiquer par Potocki la première hystérotomie dans un cas d'utérus double.

Elle était surtout logique à une période où l'ouverture de l'utérus comportait de grands risques et ne semble plus guère avoir été utilisée.

b) *L'opération de choix est la césarienne* (Grosse, Trillat, Michon et Ollagnier).

Pour diminuer les risques d'hémorragie, certains auteurs ont conseillé de pratiquer la césarienne sous rachi-anesthésie (Péry, Anderodias, Le Lorier). Il semble que l'on puisse obtenir les mêmes avantages

en utilisant l'injection intra-veineuse ou, dans le muscle utérin, de 10 unités de post-hypophyse, sans s'exposer aux accidents de la rachi-anesthésie. C'est cette méthode qui fut employée dans les trois cas pour lesquels la césarienne fut pratiquée à la Maternité de Rouen.

Le choix entre le procédé opératoire, césarienne haute ou césarienne basse segmentaire variant selon les conditions et selon les auteurs.

Le problème se pose encore de savoir si l'on doit associer à l'opération césarienne, une intervention radicale : l'hystérectomie de l'utérus gravide (Grosse) ou au moins, la ligature de sa trompe (Béguin et Anderodias). De solidariser les deux utérus et de les fixer à la paroi (Metzger). Certains même préconisent la ligature (Mihailescu) ou la section (Tuffier) des deux trompes.

Sans doute la possibilité de reproduction de la dystocie lors d'une grossesse ultérieure, aggravée encore par la fragilité de l'utérus césarisé, peut justifier une intervention partielle ou radicale; encore faut-il être à peu près sûr de la valeur fonctionnelle de l'hémi-utérus conservé.

Cerf conclut dans sa thèse à l'ablation de l'utérus césarisé si l'autre est apte à la reproduction et à l'ablation de l'hémi-utérus vide praevia s'il est pathologique.

Mais il faut ainsi que le préconisent Lejeune, Le Lorier et Cerf, tenir compte de l'état de la malade, des conditions opératoires particulières à chaque cas

(durée de la rupture de la poche des eaux, etc., etc.) et souvent remettre toute intervention ultérieure à quelques mois. C'est l'opinion de Lepage et c'est ce que nous avons fait pour nos malades, en nous rapportant entièrement aux conclusions de Lepage. « Il semble bien que devant une dystocie apparue au cours du travail, due à l'hémi-utérus non gravide et en l'absence de signes d'infection probable ou certaine, la méthode de sécurité consiste à pratiquer une césarienne conservatrice, basse de préférence, sans hémi-hystérectomie complémentaire. »

Nous ne ferons que citer les indications qui peuvent résulter de cas très particuliers.

— Mort du fœtus au cours du travail, hématométrie de l'hémi-utérus non gravide .

La mort du fœtus justifie la basiotripsie, notons que cependant, il est des cas dans lesquels elle a pu sembler impossible ou si dangereuse que l'on préfère quand même la voie haute (Péry, Anderodias).

Quant à la ponction de l'hématométrie, elle semble être dangereuse et peu efficace, aussi semble-t-on lui préférer la césarienne suivie de l'hystérectomie de l'utérus non gravide.

Il faut en outre noter que si les suites opératoires sont peut-être les mêmes que celles de césariennes pratiquées pour une cause banale (Herbelin, Dodoz), il semble cependant que les complications infectieuses et veineuses sont plus fréquentes.

L'avenir obstétrical de ces malades est complexe, car si un accouchement normal peut souvent succéder à un accouchement dystocique, la dystocie peut se reproduire aggravée encore du fait de la césarienne antérieure.

C'est pourquoi certains auteurs ont préconisé les interventions secondaires, fixation et solidarisation des deux hémi-utérus et surtout hémi-hystérectomie de l'utérus antérieurement césarisé.

En cas de grossesse ultérieure, le problème varie nécessairement avec le traitement suivi lors de l'accouchement dystocique et selon le siège de la nouvelle grossesse.

a) *L'hémi-utérus gravide est l'hémi-utérus déjà césarisé.*

Il faut intervenir systématiquement au voisinage du terme ou au début des premières douleurs (Metzger), les risques de rupture de la cicatrice étant augmentés par les anomalies anatomiques de cet hémi-utérus (Bégouin, Anderodias).

Mais il faudra faire davantage : stériliser ou même pour certains enlever cet hémi-utérus.

b) *L'hémi-utérus gravide est l'hémi-utérus non césarisé antérieurement.*

Classiquement, la conduite à tenir est de pratiquer en cas de dystocie, une césarienne suivie ou non de stérilisation ou d'une hystérectomie totale des deux hémi-utérus. Peut-être vaut-il mieux remettre toute intervention radicale et essayer secondairement de garder un des deux utérus ?

c) *L'hémi-utérus non gravide ne cause pas de dystocie.*

Le problème chirurgical ne peut se poser que si la grossesse siège dans l'hémi-utérus déjà césarisé.

Ici encore, il semble que la fragilité de l'utérus justifie la césarienne itérative au début du travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (Dr LAURET. *Inédite*)

Mme B..., 29 ans. 1° pare.

Aucun antécédent pathologique notable.

Vient consulter pour stérilité primaire de 6 ans.

Réglée à 19 ans, chaque 30 jours, avec parfois des retards atteignant jusqu'à 15 jours. Règles ne durent que 48 heures, peu abondantes le premier jour, presque nulles le second, douloureuses pendant les 6 ou 7 premières heures.

Aucun accident gynécologique décelable à l'interrogatoire, pas de pertes blanches, aucun phénomène abdominal douloureux.

Elle-même signale l'existence d'un double vagin que sa mère avait reconnu dans l'enfance.

A l'examen. — Organes génitaux externes paraissant normaux. En écartant l'orifice vulvaire, on constate très facilement l'existence d'une cloison médiane à bord inférieur arciforme.

L'exploration bi-digitale montre que le *vagin gauche* (le plus perméable à l'orifice externe) est très resserré au fond et ne laisse que difficilement atteindre un petit col, coniforme très dur, surmonté d'un utérus, à peine gros comme une noix verte.

A droite, l'orifice externe du vagin est assez difficile à franchir, le vagin lui-même est plus étroit que celui

du côté gauche, le col est également difficile à bien sentir, très petit, très dur, et le corps utérin ne semble pas plus volumineux que le gauche.

Les deux corps utérins sont en position verticale, les annexes ne sont perceptibles ni à droite ni à gauche.

On pratique une insufflation tubaire avec l'appareil du Dr Douay. Perméabilité tubaire très satisfaisante + 10 à gauche, + 15 à droite. Douleur nette à l'épaule droite après l'insufflation.

En présence de cette hypoplasie utérine avec perméabilité tubaire on associe un traitement endocrinien par l'antélobine en injections et un traitement physique par la diathermie.

Après quatre mois de traitement, les règles sont augmentées et durent 4 jours (abondantes les deux premiers jours), et surviennent régulièrement.

Les deux corps utérins ont augmenté de volume (petite mandarine).

On pratique la section de la cloison médiane, et le mois suivant un arrêt de règles vient révéler le début d'une grossesse.

L'examen du mois de juin montre à droite un utérus gravide de 2 mois, l'utérus gauche est déjeté latéralement.

La grossesse évolue avec une série d'accidents : douloureux (douleurs à type de coliques utérines) et petites pertes de sang. La malade est traitée par le repos, la morphine et l'extrait de corps jaune (Hormo-flavine) chaque 15 jours. Le 30 décembre, enceinte de 8 mois et demi environ, elle entre en travail.

A l'examen, l'utérus gravide paraît très fortement dévié à droite, très allongé et très étroit — présentation du sommet très élevé — bruits du cœur perceptibles. Au toucher l'hémi-utérus non gravide est rejeté en arrière et à gauche en rétroversion, il est gros comme une pe-

lité orange, lisse, arrondi, régulier, élastique. La dilatation est de 1 franc. Rupture de la poche des eaux à la sixième heure. Dilatation 2 francs. Sommet appuyant bien sur le détroit supérieur. Sans tendance à l'engagement.

On place un ballon de Champetier de 500 cmc. dans le vagin, la malade étant en position genu-pectorale, on le gonfle.

Deux heures après la pose du ballon, la tumeur latéro-utérine semble être perceptible au palper abdominal, à côté de la tête qui bien centrée commence à plonger.

On retire le ballon et on vérifie la réduction de l'hémi-utérus non gravide prævia.

Accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 2.600 gr. après 13 heures de travail.

Délivrance spontanée complète pesant 510 grammes.

Suites de couches normales, expulsion spontanée de la caduque en fragments le 2^e jour.

OBSERVATION 2 (Dr LAURET. *Inédite*).

Mme V..., primipare, 22 ans.

Grossesse normale, aucun antécédent pathologique notable, réglée à 16 ans — quatre jours.

Nous voyons la malade à la 20^e heure de travail, appelés par un confrère qui avait noté l'existence d'une forte bride très haut placée dans le vagin et l'absence d'engagement de la présentation.

Malade à terme, utérus dévié à droite, étroit, il semble n'y avoir que très peu de liquide. Tête bien centrée mais non engagée. Bruits du cœur bons. Hauteur utérine 34 cm.

Au toucher, on sent une très large bride transversale

placée juste au-dessous du col, large de 2 cm. environ, épaisse de près d'un centimètre, elle paraît très résistante.

La dilatation est de 2 francs, la poche des eaux est rompue sans que l'on puisse faire préciser l'heure de sa rupture.

On confirme le diagnostic de présentation céphalique et on note l'aspect très étroit, étriqué du col et du segment inférieur. On ne sent pas de tumeur latéro-utérine. Le bassin est normal.

La malade est transportée à la clinique où l'on se propose de sectionner la bride. Elle y arrive quatre heures après notre examen. La dilatation est alors complète mais ne dépasse pas la taille d'une très petite paume. La tête très haute ne s'engage pas.

Devant cette anomalie et l'impossibilité de pratiquer une extraction avec une dilatation aussi insuffisante, bien que complète, on pratique une césarienne.

On constate à l'ouverture du ventre que le segment inférieur est croisé en avant par un gros plexus veineux, à gauche on trouve un utérus rudimentaire s'implantant à la partie postéro-latérale du segment inférieur. Sa trompe paraît très augmentée, kystique avec un très petit ovaire.

Dans l'ignorance du temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, on pratique laborieusement une césarienne basse avec difficulté de décollement du péritoine et surtout hémorragie importante par ouverture du plexus veineux nécessitant une injection intra-veineuse de 5 unités de post-hypophyse.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kg. 250, délivrance pesant 560 grammes.

Suites normales. On n'observe pas d'expulsion de caillot.

OBSERVATION 3 (Dr LAURET. *Inédite*).

Primipare de 29 ans, réglée à 13 ans.

Dernières règles : du 19 au 25 juin. A terme vers le 25 avril.

Entre dans le service le 2 février 1938, parce qu'après une chute, sans traumatisme abdominal, elle a perdu du sang et des débris charnus, faisant penser à un placenta aux dires de son médecin.

Aucune douleur abdominale, pas de contractions.

Utérus semblant plus volumineux que ne le voudrait l'âge de la grossesse, dévié à droite, présentation du siège, bruits du cœur perçus.

Au toucher, on note l'existence de deux vagins, la cloison descendant jusqu'au milieu du canal vaginal, le côté droit semblant seul perméable, le gauche au contraire très atrésique; à droite col effacé non dilaté, présentation du siège très élevée.

A gauche tout petit col surmonté d'une masse comme une mandarine praevia.

Bassin légèrement aplati P.S.P. 10 cm. 5. Mise en observation, elle perd le lendemain deux gros débris de caduque.

Entre en travail le 10 avril 1938. On décide de pratiquer une intervention d'emblée sur la constatation d'une tumeur praevia, d'un bassin légèrement rétréci, et d'une présentation du siège.

Césarienne basse, sans grande difficulté, hypophyse dans le muscle utérin, extraction d'un garçon vivant pesant 3 500 grammes, placenta 590 gr. inséré dans le fond de la corne droite.

Suites normales.

OBSERVATION 4 (Dr LAURET. *Inédite*).

Mme D..., IV pare de 21 ans.

Aucun antécédent pathologique notable.

Antécédents obstétricaux :

Première grossesse, grossesse gémellaire bien supportée, accouchement au terme de 8 mois de deux filles vivantes décédées au 3^e jour.

Deuxième grossesse. — Fausse-couche au terme de 3 mois, grossesse gémellaire, le diagnostic de duplicité vaginale et de duplicité utérine est alors posé lors du curettage.

Troisième grossesse. — Gémellaire. Accouchement au terme de 7 mois. Deux filles vivantes. Accouchement dystocique. Procidence du cordon de la première jumelle. Délivrance artificielle pour enclavement d'un placenta.

Quatrième grossesse. — Dernières règles du 5 au 10 avril 1937.

Grossesse bien supportée. Pas d'albumine.

Elle est revue par nous, pendant la grossesse et rentre en travail dans le service le 5 décembre 1937 à 3 h. 5. Les douleurs ont débuté à une heure du matin, elle vient de perdre les eaux en entrant à l'hôpital.

A l'examen, utérus légèrement dévié à droite, hauteur utérine 36 cm. Bruits du cœur : bons.

On sent au palper une tête dans la fosse iliaque droite, on ne peut percevoir ni la tumeur latéro-utérine, ni le ligament rond.

Au toucher, outre une duplicité vaginale déjà connue, on trouve : *du côté droit* une dilatation presque complète, procidence d'un bras (dorso antérieure), procidence du cordon. *Du côté gauche*, le col n'est pas accessible, rejeté probablement en arrière derrière l'épaule. L'examen du bassin montre en outre un bassin annelé, généralement rétréci avec P. S. P. de 10 cm. 2.

On décide d'intervenir par voie abdominale.

Césarienne basse : on éprouve une certaine difficulté à pratiquer le décollement du péritoine vésico-utérin et à faire une incision uniquement sur le segment inférieur celui-ci étant très court (6 cm. environ), on prolonge l'incision en bas.

Hémorragie importante par blessure d'un plexus veineux transversal, qui cède après injection dans le muscle utérin de 10 unités de post-hypophyse.

L'extraction d'une fille pesant 2.950 gr. vivante. Placenta 490 gr.

Suture utérine en trois plans; l'hémi-utérus non gravide (gauche) du volume d'une orange, est placé très haut, en arrière, au-dessus de la ligne innommée.

Pas d'expulsion de caduque dans les suites de couches.

Suites normales. Malade sortie au 18^e jour.

CONCLUSIONS

Nous insisterons surtout sur :

I. — Difficultés du diagnostic de la nature de la tumeur juxta-utérine. Diagnostic qui, pratiquement, ne peut être fait avec certitude, que si l'on constate une duplicité cervicale ou vaginale.

II. — L'impossibilité de prévoir exactement la marche de l'accouchement.

a) Du fait de la présence de l'hémi-utérus non gravide : il est des hémi-utérus en situation prævia qui peuvent ascensionner au cours du travail; il en est d'autres dont le siège prævia peut ne se manifester seulement qu'à ce même moment.

b) Du fait d'un défaut de développement de l'hémi-utérus gravide qui peut entraîner : soit une insuffisance du canal cervical même complètement dilaté (obs. n° 2, obs. Mihailescu), soit un défaut d'augmentation du segment inférieur.

III. — La nécessité de ce fait de ne pas laisser passer l'heure de l'intervention chirurgicale libératrice (césarienne haute de préférence) lorsque la dystocie apparaît, ou se manifeste, ou persiste.

IV. — La possibilité de difficultés opératoires résultant de la variété anatomique.

V. — La rareté des indications de l'hystérectomie pour l'hémi-utérus non gravide après césarienne.

VI. — Enfin la nécessité d'une césarienne itérative au début du travail.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LEVY-SOLAL.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à notre travail se reporter aux thèses Hamelin (Paris, 1935), Cerf (Paris 1936), que nous avons complétée par nos recherches personnelles.

- A.-H. ALDRIGE. — Pregnancy in one horn of bicornate uterus following od other horn (*Am. J. Obst. and Gynec.* 24 : 137-140, july 1932).
- ANDEROSIAS. — Grossesse dans un utérus double (*Rev. Mensuelle de Gyn. obt. et de Pédiatrie de Bordeaux*, septembre 1900).
- Z. ARSLAMIAN. — Un cas de grossesse unilatérale dans un utérus bifide .(*Revue française de Gyn. et d'Obst.* 27 : 96-97, avril 1932).
- O. BADESSA. — Gravidanza in utero bicorni (*Riv. d'Ostet. e Ginec. prati.* 9 : 285-288, july 1927).
- T. BARBANTI SILVA. — Su di un caso di utero bicorni unicollis con placenta praevia e con 8 gravidanze a termine in presentazione cefalica (*Rassegna d'Ostet. e Ginec.* 39, 31137, janv. 31 1930).
- M.-E. BARRETT. — Pregnancy at term in rudimentary horn of bicornate uterus internal migration of fertilized ovum (*Texas J. Med.*, AA : 453-456. oct. 1937).

- J. BATISWEIBER. — Pregnancy developed in one horn of uterus uni-collis (*Orvosi hetil.* 77 : 285-287, 8 avril 1933).
- J.-C. BECKER. — Pregnancy in bilocular uterus (*Nederl. Tijdschr. v. verlosk en gynaec.* 39 : 116-119, 1936).
- BLANC E. — Uterus semiloculaire chez une multipare (9^e pare) dont 5 grossesses sur 9 ont été compliquées d'hémorragies et suivies de délivrances artificielles (*Lyon Médical*, 1887. LV, p. 452-464).
- BOERO E.-A. — Perto prematuro distocico en un utero dindelfe operacion de Porro modificado. (*Semana med. Buenos-Aires*, 1923, XXX, p. 823).
- BONAFOS-BOURREL. — Utérus bifide gravidé, hystérectomie en bloc (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. d'Alger*, séance du 11 avril 1936 et *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, n° 8, oct. 1936).
- BRAINBRIDGE. — Double uterus with multiple pregnancy report of cases (*Am. J. Obst. et Gynéc.*, Saint-Louis 1924. VII, 3, 285 et *Med. Press, London*, 1925, CXIX, 69).
- F.-B. BRUGH. — Case of uterus bicornis unicollis with rupture of gravid horn followed by operation and recovery (*W. Virginia M. J.* 22 : 636-637, déc. 1926).
- CERF. — Dystocie dans les utérus double par l'hémo-utérus non gravidé « praevia ». (*Thèse de Paris*, 1936).
- CAMPY et LÉVY-SOLAL. — Utérus double, accouchement, expulsion d'une caduque par le corps utérus non gravidé. (*Bulletins et Mémoires de la Soc. anat. de Paris*, 1925. XCV. 1^{er} mai 1934).
- L. CLEISZ FAURE. — Hémorragie de la délivrance dans un utérus bicorne (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 15 : 553-555, nov. 26).

- CORPU T. — Contribution à l'étude de l'utérus globularis lipartibus du point de vue obstétrical. (*Thèse de Paris*, 1898).
- T. CUIZZA. — Un caso di rottura d'un corno gravidico d'un utero bicorni con formazione di litopedio (*Riv. d'Ostet. e Gynec. prat*, 9 : 157-160, avril 1927).
- L. DAHLGREEN. — Achtmonatige gravidität in atretischen Nebenhorn eines Uterus bicornis (*Acta Obst. et Gynec. Scandinav.* 12 : 227-236, 1932).
- D. W. DAVIS, J. F. HASZARD. — Congenital absence of cervix uteri complicating pregnancy (*Canad. M. A. J.* 35 : 425, oc. 1936).
- André DERLOCHE. — Contribution à l'étude de la gestation dans les utérus bicornes unicervicaux (*Th. de Paris*, 1930).
- DESNOYERS. — Gestation dans un utérus bicorni (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.* 17 : 141-143, févr. 1928).
- A.-G. DOBIS. — Schwangerschaft bei gebärmutter und scheidcumissbildungen. (*Zentralb. f. Gynäk.* 59 : 2858-2968. 14 déc. 1935).
- DONALD A. — Abortion in double uterus (*Brit. med. Journ.* 1888, I, p. 1217).
- G. FALL. — Course of labor in uterus bicornis unicollis (*Orvosi hetil.* 71 : 669-670, june 12, 1927).
- F.-H. FALLS. — Study of pregnancy and parturition in primiparæ with bicornate uteri (*Amer. J. Obst. and Gynec.* 15 : 399-405, march 1928).
- H. FULCONIS. — Avortement gemellaire dans un utérus double (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.* 25 : 52, janv. 1936).
- GARFUNKEL. — Toleranz du graviden uterus bei abortus artificialis am doppelt geschwängerten uterus Duplex (*Zentralbl. f. Gynaek* (Leipzig, 1926, I, p. 2324).

- L. GERHARDT, E. HAMELIN. — Pregnancy in rudimentary horn of uterus (*Polska gaz. Lek.* 17 : 107-110, 6 fév. 1938).
- GUILHEM. — Grossesse normale et accouchement chez une femme avec utérus double cas (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* 24 : 365-366, mai 1935).
- R. HAMELIN. — Contribution à l'étude de la parturition dans les utérus malformés. (*Thèse Paris*, 1935).
- F. HEIMAN. — Doppelter uterus und schwangerschaft. (*Deutsche Med. Wchnschr.* 58 : 126-128, 22 janvier 1932).
- HENNEDY. — Grossesse et utérus didelphe (*Am. J. of Obst.*, juin 1919, p. 790).
- HENRY, RATELOT. — A propos d'un accouchement normal dans un utérus double. (*Sud médical, Marseille*, 1925).
- C.-L. HOULTON. — Full time pregnancy multiple in utérus bicornis bicollis (*Brit. M. J.* 2 : 946. nov. 21, 1925).
- G.-M. IRVINE. — Case of uterus bicornis with advanced pregnancy complicated by large pelvic cyst. (*India M. Gaz.* 71 : 339-340, june 1936).
- JAYMES. — Grossesse utérine dans un utérus bicorne simulant une grossesse tubaire (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.* 22 : 314-316, mars 1933).
- H.-W. JOHNSON. — Obstetric complications due to anomalies of lower segment (*Texas state J. Med.* 32 : 678-680. fév. 1937).
- KELLER R., SCHMITT L. — Quelques considérations concernant les malformations utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement. (*Rev. franc. ae Gyn. et Obst.*, sept. 1937).
- Quelques considérations concernant les malformations utérines en rapport avec la grossesse et l'accouchement. (*Soc. de Gyn. et d'Obst.*, séance

- du 5 juin 1937 et *Stras. med.*, n° 31, 5 nov. 1937).
- KICKAM. — Grossesse et utérus didelphe. (*Surg. Gyn. Obst.*, oct. 1922, p. 443).
- S. KIMURA. — Clinical observation of uterus bicornis in pregnancy and labour (*Jap. J. Obst. et Gynec.* 13 : 154-156, avril 1930).
- LAMB. — Twin pregnancy in a bicornuate uterus with contracted pelvis delivery by cesarean section (*Brit. Med. J.* 1923, 3285, 1152).
- LAUVERS et DAEL. — Grossesse dans un utérus didelphe. (*Presse méd.*, 1912, I, p. 189).
- A. LAVENANT. — Utérus bicorne gravide hémi-hystérectomie (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, t. XXVI, n° 3, 2 fév. 1934).
- LEHUCHER. — Hémi-hystérectomie pour rétention ovulaire dans utérus pseudo-didelphe, prise pour grossesse tubaire. (*Tunisie médicale.* 26 : 326-330, Juillet-août 1932).
- LORiot. — Grossesse dans un utérus double. *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 20 : 354-366, mai 1931).
- R. LUIKART. — Technic of successful removal of septum of uterus septus and subsequent deliveries at term (*Am. J. Obst. and Gynec.* 31 : 797-803, May 1936).
- J. C. LYt. — Full time pregnancy in bicornuate uterus (*Brit. M. J.* 2 : 565, sept. 26 1925).
- R.-E. Mc DONALD. — Retained placenta in bicornate uterus (*Minnesota Med.* 10 : 579 sept. 1927).
- MANDEL. — Grossesse dans un utérus double (*Amer. J. of Obst. Gyn.* 1923, n° 5).
- S. DE MARCO. — Gravidanza insolite in utero bicorne (*Riv. d'Ostet. e Ginec. prat.* 9 : 261, june 1927).
- G.-S. METCALF. — Pregnancy in bicornate unicornis uterus; report of case (*Wisconsin M. J.* 29 : 577, oct. 1930).

- H. MEYER. — Rupture of uterus during labor in patient with uterus bicornis unicollis (*Zentralbl. f. Gynäk.* 54 : 1353-1356, May 31 1930).
- W.-A. MICHAEL. — Pregnancy in uterus bicornis unicollis with child occupying one horn and placental site a portion of both (*Am. J. Obst. and Gyn.* 21 : 133-135, Janv. 1931).
- R.-E. MOYES. — Full time pregnancy in bicornuate uterus (*Brit. M. J.* 2 : 256, Aug. 8 1925).
- MUNDELL. — A case of pregnancy in a double uterus (*Am. J. Obst. and Gyn. Saint-Louis*, 1923, VI, 606).
- NEWTON V. — Double uterus pregnancy in each cornu ending in abortim (*Brit. Med. Journ.*, 1926, 11, p. 938).
- J. OSTREIL. — Bilateral pregnancy in double uterus with subseptate vagina (*Ceskolov gynaek.* 15 : 76-81, 1936).
- N.-P. PAPIKOV. — Full term pregnancy in undeveloped horn of bicornate uterus (*Vrach des* 19 : 315-316, 1936).
- PAUCOT, GELLÉ. — Grossesse dans un utérus didelphe, simulant une grossesse extra-utérine à terme hémihystérectomie. (*Réunion obstétricale de Lille*, séance du 28 octobre 1936 et *Bull. de la Sté d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, année 26, n° 1, janv. 1937).
- R. PETER. — Pregnancy in case of double uterus with unilateral myoma. (*Casop. lek. cesk.* 75, 1552-1555, 4 déc. 1936).
- M.-W. PEARSON, H.-W. AUGIER. — Pregnancy in bicornate uterus case report (*New England J. Med.* 214 : 583-584, 19 mars 1936).
- S. PERA. — Pregnancy in uterus bicornis with dystocia (*Policlinico, sez prat.* 32 : 1391-1392, Oct. 5 1925).

- G. PIANA. — Parto distorcico in utero bicorni (Arte obst 43 : 145152, Oct. 31 1929).
- PIPPINGSKÖLD (J.). — Utérus bicornis duplex, vagina duplex; haematocolpos unilaterialis...; graviditas et partus praematurus exisio interseptr. (*Finska läkarasällsk, handlinger* (Helsingfors), 1874, XVI, p. 131-136).
- PORTO, GUINARAES. — Utérus biloculaire, absence complète du col de l'utérus, grossesse de 3 à 4 mois. (*Gyn. Obst.*, 26 : 512-516, décembre 1932).
- A.-J. QUIROY. — Sobre una observacion de utero doble y embarazo. (*Revista del circulo medico argentino y centro estudiantes de medicina*, mai 1928).
- V. RICHÉ. — Utérus didelphe avec vagin unique. Ré-tention de fœtus mort et macéré dans l'utérus gauche. (*Art. médic.*, n° 28, p. 30).
- ROWLETT. — Report of a case of double uterus, with pregnancy of each. (*J. Florida M. Ass. Jacksonville* 1925-1926. XII, 5).
- H. DE SA. — Rare uterine anorma by J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp. 43 : 281-285. April 1936).
- P. SALACZ. — Simultaneous pregnancy of duplex uterus (*Orvosi hatil.* 76 : 929-932, 15 oct. 1932).
- G. K. F. SCHULTZE. — Typische geburtskomplikationen bei uterus missbildungen (*Zentralbl. f. gynak.* 61 : 963-971. 24 april 1937).
- SHOEMAKER. — Grossesse et utérus didelphe (*J. Am. N. Ass.* janvier 1923, p. 103).
- Z. SOOS. — Double uterus and pregnancy (*Budapesti Orvosi ujsag.* 33 : 460-463. May 16 1935).
- C. STEFANELLI. — Inserzione placentare tubarica in utero subseptus (*Riv. med.* 40 : 54-56, avril 1932).
- E. TRANQUILLI Leali. — Un caso di gravidanza in donna con utero bicorni doppio e doppia vagina. Inserzione velamentosa del funicolo ombelicale. (*Gazz. Med. di Roma.* 56 : 70, march 1930).

- TRUESDALE P.-E. — Rupture of pregnant horn of bicornate uterus (*New England Journ. med.* 22 1929. 16 mai, p. 1031-1035).
- C. VOLPE. — Gravidanza in utero bisetto e bicolle con vagina doppia. (*Clin. ostet.* 38 : 646-650. Déc. 1936).
- A. I. H. WONG. — Pregnancy in double uterus (*Chinese L. J.* 47 : 61-65. Janvier 1933).
- T.-W. YUN. — Case of pregnancy in rudimentary horn of uterus (*Jap. J. Obst. and Gynec.* 19 : 124-129. Mars 1936).

